

Antrag auf Zulassung zur Fortbildungsprüfung**„Geprüfter Fachwirt / Geprüfte Fachwirtin im Gesundheits- und Sozialwesen“****Persönliche Daten:**

Name: _____ ggf. Geburtsname: _____

Vorname: _____

Geburtstag: _____ Geburtsort: _____

Privatanschrift:

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ Mobil _____

Mail: _____

Beschäftigt bei: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon geschäftl.: _____

Arbeitgeber-Bescheinigung (über Art und Dauer der Tätigkeit) **bitte beifügen.****Ausbildungsberuf: _____****Zeugnis in Kopie bitte beifügen.****Wehr-/Zivildienst: vom _____ bis _____****Geplanter Lehrgangsbesuch bei: (Name und Anschrift des Lehrgangsträgers)**

von: _____ bis: _____

Ort / Datum _____ Unterschrift _____

Bitte ausgefüllt senden an:

Industrie- und Handelskammer für die Pfalz
Frau Susan Ebersmann
Rheinallee 18-20
67061 Ludwigshafen

Raum für weitere Informationen oder Mitteilungen